



MUNICÍPIO DE TOLEDO

Estado do Paraná

090

TERMO DE RESPONSABILIDADE para fins de Serviço Funeral gratuito

Eu, _____, portador(a) RG
_____ e CPF _____ declaro que o/a
falecido/a _____ portador/a
CPF _____ e RG _____
enquadra-se nos critérios de renda do Cadastro Único para Programas Sociais,
estando apto a receber o Benefício Eventual de Auxílio-Funeral, conforme
estabelecido em Resolução do CMAS e no Decreto Municipal nº 310/2021, e previsto
na Lei Federal nº 8.742/1993.

Estou ciente dos termos do artigo 4º, parágrafo único, do Decreto Municipal nº
310/2021, de que, caso posteriormente seja constatado que a gratuidade não era
cabível, arcarei com a responsabilidade pelo pagamento das despesas do serviço
funerário prestado, de acordo com o valor fixado no parágrafo único do artigo 1º do
mesmo Decreto nº 310/2021.

Toledo, ___ de _____ de _____

Assinatura do(a) Declarante

Empresa Permissionária: _____